

Préserver la fertilité chez les adolescents traités pour un cancer. Le point de vue du psycho-oncologue

Daniel OPPENHEIM¹, Laurence BRUGUIERES², Olivier HARTMANN²

¹Département de Pédiatrie et unité de psycho-oncologie, ²Département de Pédiatrie, Institut Gustave Roussy, Villejuif

RESUME

La question de la fertilité est une préoccupation majeure pour les jeunes adultes guéris d'un cancer. C'est pourquoi il est souhaitable de proposer un recueil de sperme à tout adolescent devant être traité pour un cancer. Cette proposition s'inscrit dans la préoccupation des oncologues d'en prévenir les séquelles.

Pour que cet acte se fasse dans de bonnes conditions et pour que l'adolescent l'assume, il importe de bien connaître la psychopathologie et les comportements des adolescents confrontés au cancer : leur préoccupation de leur corps, de leur apparence, de leur sexualité, de leurs relations à leurs pairs autant qu'à leurs parents, de leur valeur et de leur narcissisme, de leur identité. Ceci aide à comprendre et à dépasser les raisons diverses de leur difficulté (et d'en atténuer le sentiment douloureux d'échec) ou de leur réticence à le faire : sidération due au diagnostic de cancer, inhibition sexuelle, incompréhension et méconnaissance, pessimisme sur son devenir, incapacité à se projeter dans l'avenir, mauvaise relation aux parents, discrédit de la parentalité, crainte de transmettre le cancer, etc. Connaître ces éléments évite de respecter trop vite une opposition superficielle qu'ils pourraient ensuite regretter.

De même, il serait souhaitable que des liens plus étroits existent entre service d'onco-hématologie et CECOS, de disposer de matériel d'information adapté aux adolescents, de mieux faire connaître la psychologie spécifique des adolescents, de comprendre les positions des parents.

Mots clés : adolescents, onco-hématologie, recueil de sperme, parentalité, psychologie

I. INTRODUCTION

Il existe peu d'études sur les aspects psychologiques et éthiques du prélèvement de sperme [2] en oncologie [5], et particulièrement en ce qui concerne les adolescents [1]. Cet acte est un acte médical mais il ne peut être considéré comme strictement équivalent à une prise de sang ou un recueil de cellules souches périphériques puisqu'il touche à la sexualité et à la parentalité. La sexualité adulte et la préoccupation d'une paternité possible sont une préoccupation nouvelle pour les adolescents (et pour leurs parents). Que l'adolescent soit déjà majeur ou encore mineur, ses parents restent pour lui et pour les soignants des interlocuteurs importants. Cet acte pose de complexes questions cliniques, relationnelles et aussi éthiques (et pas seulement en ce qui concerne l'âge minimal auquel un prélèvement peut être proposé). Pour aborder ces questions, nous nous appuyons sur les articles existant ainsi que sur notre expérience auprès d'adolescents traités pour un cancer. Nous n'aborderons pas la question des prélèvements d'ovaire car le recul manque pour le faire sérieusement.

II. L'ADOLESCENT (ET SES PARENTS) CONFRONTE A UN CANCER

La confrontation des adolescents au cancer bouleverse tous leurs repères [3]. Pour comprendre les questions, les réactions et les positions de ces adolescents il est nécessaire d'abord de connaître suffisamment leurs façons d'être et de penser habituelles à cette période de la vie. Il importe aussi de bien définir les objectifs que les oncologues se fixent, ainsi que ceux des parents de l'adolescent : ils peuvent être différents les uns des autres, au delà de l'objectif commun de la guérison. La possibilité de stérilité

Correspondance :

Dr Daniel OPPENHEIM - Département de Pédiatrie et unité de psycho-oncologie, Institut Gustave Roussy, 94805 Villejuif - Tel 01.42.11.48.42 - Fax 01.42.11.52.75
Email Openheim@igr.fr

(et la proposition de prélèvement de sperme qui en découle) s'inscrit dans ce cadre complexe.

Les tâches des oncologues concernant les adolescents sont triples : les guérir dans les meilleures conditions possibles ; limiter ou éviter les séquelles, qu'elles soient physiques, psychologiques, cognitives, esthétiques ou existentielles ; accompagner leur traversée de l'adolescence pour qu'ils deviennent des adultes majeurs et fiers d'eux mêmes, quelles que soient les séquelles que laissent le cancer et les traitements.

L'adolescence est toujours une période de turbulence et de déstabilisation, qui peut se prolonger plus ou moins tard dans le déroulement d'une vie. Cette période est aussi difficile pour les parents (qui, de plus, peuvent être en difficulté conjugale, professionnelle, physique, ou préoccupés par le vieillissement de leurs propres parents) que pour l'adolescent. Il faut en tenir compte, ce qui implique de ne pas s'intéresser seulement à ce dernier mais aussi aux façons de penser, d'agir, de réagir de ses parents, à leurs attentes réciproques, aux incompréhensions et malentendus qui peuvent les opposer.

III. LES CHANGEMENTS DE L'ADOLESCENCE

L'adolescent en effet voit changer son corps et son apparence, sa sexualité et ses désirs, ses façons de penser, ses projets et ses centres d'intérêt. Changent aussi son insertion sociale, les attentes et les exigences que les autres (et d'abord les parents) ont envers lui. Ceci complique encore plus les contradictions entre les contraintes qui s'exercent sur lui et la liberté relative dont il dispose. Ses relations à ses pairs ainsi qu'aux adultes évoluent. De même, ses parents changent : ils vieillissent, inévitablement, avec les problèmes physiques, conjugaux, sexuels, professionnels qui peuvent en découler, et ils doivent renoncer à la relation à un enfant, à laquelle ils s'étaient habitués et se confronter à un adolescent en partie inconnu et déroutant. Surtout, dans la révolte nécessaire (qui est le parcours obligé par lequel il doit passer pour trouver les voies de son autonomie d'adulte à venir et qui n'est pas forcément stupide, excessive, stérile), l'adolescent découvre que ses parents ne sont pas parfaits, ne sont pas des dieux tout puissants, sur lesquels il pouvait et il pourrait toujours compter, qu'ils ne sont pas éternels mais qu'ils sont mortels et, ce faisant, il découvre, bouleversé, sa propre mortalité.

IV. L'ÉPREUVE DU CANCER

L'épreuve du cancer entre en résonance avec ces turbulences de l'adolescence et les exacerbe. Ainsi, le cancer et les traitements touchent **le corps** de l'adolescent, et ceci a des conséquences sur la confiance qu'il a en lui, sur le sentiment que ce corps est bien le sien, qu'il est en accord et à l'aise avec lui, qu'il l'accepte, avec ses inévitables imperfections et insuffisances. La maladie et les traitements lui font éprouver des sensations inhabituelles (douleurs, fatigue, mucites, diarrhées, toxidermies, etc.), altèrent **son apparence** (amaigrissement, alopecie, etc.), font vaciller

son narcissisme, la fierté qu'il a de **sa beauté**, **sa confiance** dans sa capacité de séduire, d'être aimé.

De même, ces transformations peuvent le faire douter de la capacité des autres à reconnaître ses qualités voire à le reconnaître dans sa permanence identitaire, et il peut lui aussi douter de son **identité**, aussi bien 'morale' (face à l'épreuve est-il aussi courageux qu'il pensait l'être ?) que sexuelle (l'alopecie atténue la différence apparente entre garçon et fille, et les adolescents en sont fortement troublés car il s'agit là d'un point particulièrement sensible pour eux). Il se demande s'il est toujours le même, le même qu'il pensait être (et les parents disent parfois : « Il a tellement changé, nous ne le reconnaissons plus. »), se demande qui il est désormais, s'il restera toujours celui qu'il est à ce moment difficile de sa vie (si les séquelles physiques, psychiques, relationnelles seront durables ou provisoires). L'épreuve du cancer le fait douter de son insertion et de son statut social, actuel ou à venir, à la différence de l'enfant qui a encore de nombreuses années devant lui pour se 'récupérer' au sein de la sécurité familiale. Traité pour un cancer, l'adolescent se demande quelle est désormais sa place, comment les autres le voient, l'acceptent, quels liens se continuent ou se créent avec eux, etc. : est-il accepté avec pitié, avec gêne ou bien authentiquement, pour ce qu'il est, comme n'importe qui ?

De même, **l'adolescent a besoin d'être et de se percevoir acteur de sa vie**. Or la situation de malade le met inévitablement en position de passivité (les soignants savent ce qu'il faut faire et pas lui, il est fatigué et pas eux, ils sont en groupe et lui est seul, etc.). L'idée, inévitable, qu'il partage avec ses parents, que ce sont les soignants qui seuls peuvent le guérir, et donc qu'il doit tout attendre d'eux, le rassure et le gêne en même temps : il supporte parfois mal (comme ses parents) le sentiment d'impuissance qui en découle. Il peut alors trouver un soulagement dangereux à ce malaise dans des théories psychosomatiques qui lui font penser que le cancer est d'origine, totalement ou partiellement, psychique et que le psychique influe donc sur ses chances de guérir. Alors, il peut ainsi retrouver une position plus active, et même s'il sait que ce n'est pas vrai se dire qu'il est en partie responsable de son cancer, ou que ses parents le sont, qu'ils n'ont pas pu en empêcher la survenue, et il le leur reproche. Ceux-ci s'en culpabilisent et peuvent alors chercher à se décharger de cette culpabilité dans un excès de contrôle, d'interventionnisme, d'activisme envers les soignants (« Si le traitement échoue, ce ne sera pas de notre faute mais de la leur. »). De même, la liberté de décision de l'adolescent par rapport au traitement est faible. C'est pourquoi sa révolte est compréhensible et nécessaire, elle lui montre que sa liberté de décider sur sa vie reste préservée. Mais il est préférable qu'elle se porte sur des éléments qui ne mettent pas en danger la bonne marche du traitement (et donc ses chances de guérison) et que des compromis acceptables par lui, ses soignants, ses parents puissent être trouvés.

L'expérience du cancer est aussi **une épreuve de vérité en ce qui concerne sa relation aux autres**, à ses amis. Il est important pour lui de ne pas se couper de ses pairs, de ne

pas se faire rejeter par eux. Or cette rupture peut facilement découler du décalage qui s'établit entre lui et eux (à partir du moment où il apparaît trop différent des autres, où il ne participe plus à leurs activités) et il peut la prendre pour une réaction de rejet, ce qu'elle n'est pas forcément. Il constate que certains en qui il avait confiance ne 'tiennent' pas, le quittent, qu'il ne peut compter sur eux, et que d'autres au contraire se révèlent des points d'appui fiables et solides. Cette confrontation aux autres constitue une difficile épreuve de maturation pour lui, et il importe de l'y aider pour qu'il ne bascule pas vers l'amertume, le cynisme, la méfiance et la solitude. S'il garde une fierté suffisante de son identité et de sa valeur, s'il comprend suffisamment les objectifs et modalités du traitement et accepte ses contraintes, il est moins déstabilisé dans cette confrontation.

Mais la relation aux autres est aussi et d'abord **la relation à ses parents**. L'adolescent peut découvrir la qualité, la richesse des liens qui l'unissent à ses parents, ou au contraire être déçu par eux, les considérer comme discrédités. Ce discrédit, qui les fait souffrir les uns et les autres, peut apparaître quand les parents apparaissent trop rigides (dans leur effort pour préserver à tout prix la normalité de leur vie, le style de vie qu'ils ont adopté, ou les valeurs éducatives et morales qu'ils ont inculquées à leurs enfants) ou trop laxistes (rejetant ces valeurs voire les dénigrant : « A quoi tout cela a-t-il servi ? ») le laissant désormais tout faire (« Il souffre déjà tant, et il risque de mourir, pourquoi lui infliger des contraintes et des souffrances supplémentaires, comme celles de l'exigence scolaire ou éducative ? »).

Mais l'adolescent alors peut se dire que ses parents ne croient pas à la guérison, ne pensent pas qu'il a un avenir.

Ce discrédit peut venir aussi quand il trouve ses parents trop faibles face à ses exigences excessives et provocatrices, ou encore face aux soignants et à leurs propositions thérapeutiques ou pratiques, ou encore quand ils lui apparaissent trop effondrés face à l'épreuve, trop déstabilisés par leur sentiment de culpabilité ou d'impuissance. L'adolescent peut alors se dire qu'ils ne sont pas un modèle solide, qu'il ne peut s'appuyer sur eux (que ce soit pour discuter de l'épreuve qu'il traverse et de tous les éléments qui la composent ou bien des questions de son adolescence), qu'il se retrouve bien seul. Il peut aussi penser qu'être parent est décidément trop dur ou trop peu glorieux et craindre (ou refuser) de le devenir un jour.

Il doit aussi **se situer différemment dans le temps**, adapter ses projets, à court et à long terme, aux contraintes du traitement, à leur rythme et à leur durée, mais aussi faire l'effort de se projeter dans l'avenir, c'est à dire d'avoir une confiance raisonnable et suffisante dans la guérison. Le risque est bien sûr qu'il se mette « entre parenthèses », comme certains le disent et ont la tentation de le faire : suspendre le temps, arrêter leurs processus de développement, remettre à plus tard leurs projets, « donner la priorité absolue à la guérison et remettre tout le reste à plus tard », ou encore revenir à une période antérieure, plus heureuse, plus sûre, celle de l'enfance, avec la complicité parfois des mères, plus rarement des pères.

V. LE RISQUE DE STERILITE, LA QUESTION DE LA FERTILITE, DE LA SEXUALITE ET DE LA PARENTALITE

Le risque de stérilité, la question de la fertilité, de la sexualité et de la parentalité ainsi que la proposition de 'recueil' de sperme (cette expression semble préférable à 'prélèvement' car il différencie ce geste du 'prélèvement de sang' par exemple : non pas prendre sur son corps mais recueillir ce qu'il donne) sont en prise directe avec la déstabilisation qui vient du cancer et du 'processus adolescent', et l'accentuent. Il est difficile de comprendre les attitudes, les questions, les réticences ou les difficultés des adolescents par rapport à la proposition de recueil de sperme sans les mettre en relation avec ces deux préoccupations plus vastes. Et il importe donc de se poser la question : « Quel sens prend pour l'adolescent cette proposition, quelle place occupe-t-elle dans ses préoccupations présentes, dans l'image qu'il a de lui, dans l'idée qu'il se fait de son avenir ? » Le recueil de sperme a une triple dimension : il constitue un élément concret d'une logique de soins qui a intégré la préoccupation de la qualité de vie actuelle et à venir de l'adolescent et donc la prévention de séquelles, il a rapport à la sexualité, il participe au sentiment de valeur et d'identité que l'adolescent a de lui-même et au regard qu'il porte sur le déroulement de sa vie.

Les difficultés au recueil (celles qui ne sont pas d'ordre physique comme la douleur ou la fatigue) qui peuvent apparaître sont d'ordre divers. Il est souhaitable de les connaître pour les différencier (elles peuvent coexister, il n'y a pas forcément une cause unique), les évaluer, les discuter avec l'adolescent et éventuellement ses parents, les dépasser. L'échec au recueil peut être aussi douloureusement perçu par l'adolescent comme un échec de sa sexualité et plus largement de sa valeur, surtout pour ceux dont l'expérience de la sexualité adulte est encore récente (ou inexistante) ou fragile. Dans de tels cas, il importe de rassurer l'adolescent, de lui redonner confiance en lui et en ses qualités. Il serait souhaitable de pouvoir en discuter avec lui non tant après l'échec du recueil (car il est alors massivement préoccupé par le début de son traitement) mais quand il a eu le temps de s'adapter à son traitement ou quand celui-ci se termine. De même, il serait souhaitable d'étudier les éventuelles conséquences à plus long terme de cet échec, et donc son importance, en particulier dans le devenir de sa sexualité d'adulte.

En ce qui concerne un refus, il est préférable de ne l'accepter qu'après en avoir reconnu et évalué les raisons et en avoir discuté avec l'adolescent, car ainsi il pourra authentiquement et donc plus facilement assumer ce refus, y compris dans l'avenir. Il serait dommage de l'accepter trop vite, dès sa première expression ou celle de sa réticence.

Quels sont les éléments auxquels il faut penser ?

Il peut s'agir d'une situation de **la sidération** qui découle de l'annonce du cancer et qui empêche tout autre préoccupation, qui écrase véritablement la capacité de penser. Il serait souhaitable de disposer du temps nécessaire à l'information, à la réflexion, à l'établissement d'un sentiment de

confiance et de sécurité pour dépasser cette sidération. Mais ce temps manque souvent car de nombreux traitements chimiothérapeutiques doivent commencer rapidement après le diagnostic : raison de plus pour bien connaître les modes de penser des adolescents de façon à être en prise aussi vite que possible avec leurs préoccupations de fond.

Souvent aussi **la préoccupation vitale occupe une place exclusive** au détriment de tout autre préoccupation : la préservation de la fertilité apparaît secondaire, aussi bien pour l'adolescent que pour ses parents (« La guérison d'abord, on verra le reste plus tard ! »). Il serait dommage qu'elle le soit aussi pour les soignants car plus tard, à distance de la fin du traitement, l'adolescent (et ses parents) auront d'autres échelles de priorité et pourront regretter amèrement leur négligence d'alors.

Les soignants peuvent être gênés pour discuter avec les adolescents de leur sexualité qui peut leur sembler un monde si complexe, délicat, éloigné du leur et si mal connu (souvent comme tout ce qui a trait à l'adolescent) qu'ils ont peur de faire des gaffes. La formation et l'information aident à atténuer cette gêne.

Le pessimisme peut de même être un obstacle. L'adolescent peut dire, ou penser : « Je vais mourir, bientôt, puisque je suis certain que le traitement échouera, alors à quoi bon penser à préserver ma fertilité ! » ou bien : « Je risque de mourir dans quelques années d'une récurrence, inévitable, et il serait irresponsable de donner la vie à un enfant qui risquerait de devenir rapidement un orphelin ! » ou encore : « Je ne veux pas risquer de transmettre le cancer ! » etc. C'est pourquoi il importe que l'information que le médecin donne à l'adolescent et à ses parents les aide à avoir une confiance raisonnable dans le traitement et en l'avenir (si tel est le cas car dans la situation d'un pronostic grave la question se pose différemment), mais aussi dans la valeur de l'adolescent.

Les adolescents ont souvent du mal à **se projeter dans l'avenir**, et plus encore quand ils sont atteints d'un cancer : « Je préfère vivre au jour le jour ! », ou « Je me mets entre parenthèses pendant le temps du traitement. » ou encore « J'attends la fin du traitement, voire l'annonce de la guérison, pour m'autoriser à penser à l'avenir, à avoir des projets. »

Ils peuvent aussi être excessivement influencés par des mécanismes de penser propres à l'adolescence : **le sentiment de la toute puissance, le doute, l'incrédulité** (« Je ne crois pas à ce risque, ça ne peut pas m'arriver ! »).

Pour beaucoup d'adolescents, et bien sûr pour les plus jeunes, **la question de la parentalité** apparaît si loin dans le temps qu'ils ne se sentent pas concernés par elle (et elle se pose souvent en pratique vers 25-30 ans). Mais ça ne signifie pas qu'ils n'y sont pas attentifs, et même des jeunes enfants savent qu'elle se posera pour eux un jour ou l'autre, et quand on leur pose la question ils disent qu'ils seront pères un jour. Mais pour qu'ils puissent accepter le recueil de sperme de façon consciente, authentique, non pas passive, encore faut-il qu'ils aient une image positive de leurs

propres parents, que ceux-ci soient un modèle auquel ils puissent s'identifier positivement : qu'ils ne soient pas en conflit majeur avec eux, que ceux-ci ne soient pas discrédités à leurs yeux. Certains en effet disent : « Quand je vois mes parents se disputer malgré, ou à cause de ma maladie, incapables de m'aider vraiment, incapables de tenir dans cette épreuve, ça ne me donne aucune envie de devenir parent à mon tour ! », ou encore : « Être parent d'un enfant avec le cancer apparaît être une épreuve tellement dure et bouleversante que je ne veux pas risquer de me retrouver un jour dans cette situation ! ».

Un adolescent qui comprend, accepte, assume authentiquement le recueil de sperme et son objectif (et donc aussi sa maladie, qui en a induit la nécessité) non seulement a de meilleures chances qu'il réussisse, mais aussi saura mieux se situer par rapport à lui et à son éventuelle utilisation quand, plus tard, devenu adulte, il se posera la question de devenir père. Il n'aura pas le sentiment que le recueil (et la décision de le faire) se sera fait à son insu voire contre sa volonté.

C'est pourquoi **les soignants doivent être bien attentifs, dans le dialogue avec lui**, à lui donner les explications nécessaires, à lui exprimer leur point de vue (ce qui leur semble, en fonction de leur expérience, la meilleure décision), sans penser que l'adolescent qui est en désaccord avec eux a forcément tort, sans chercher à forcer sa décision, mais en essayant de comprendre ses raisons, sans s'arrêter à la première qu'il donne. En effet, quand l'adolescent voit que ses soignants insistent beaucoup trop pour qu'il accepte le recueil de sperme, il peut se demander quelle en est la vraie raison et être tenté de s'y opposer, par réaction. Il en est de même quand ses parents sont trop insistants. Il peut penser : « Ils insistent parce qu'ils ne pensent pas que je vivrai longtemps alors ils envisagent déjà de me remplacer par un autre enfant, un petit frère (si je meurs pendant le traitement) ou un petit fils (si je meurs dans quelques années) ».

Il serait dommage que la réticence ou le refus de l'adolescent découle d'un investissement trop faible ou excessif et maladroit des parents ou des soignants. C'est pourquoi il est souhaitable que l'adolescent puisse discuter de la préservation de sa fertilité avec ses parents, mais bien sûr avec son père plutôt qu'avec sa mère, et qu'il discute non seulement des aspects techniques ou de l'intérêt médical de le faire mais aussi du regard que l'un et l'autre, le père et le fils, portent sur ce qu'est être parent, avec ses bonheurs et ses difficultés. L'adolescent a besoin de s'appuyer sur la certitude que malgré la maladie et ses contraintes, ses parents ne regrettent pas sa naissance, restent fiers de lui, ont confiance dans son devenir et sa valeur.

Car la maladie trouble et déstabilise la confiance que l'adolescent a en lui-même. **Touché dans son narcissisme positif**, il peut se dire : « A quoi bon préserver ma fertilité puisque j'ai perdu avec ma maladie toute valeur : mes parents ne croient plus en moi, j'ai déçu les espoirs qu'ils avaient mis en moi, je n'arriverai plus à réaliser ce qu'ils attendaient de moi, et après le cancer je serai tellement

laid, abîmé ou inquiétant du fait de cette maladie qu'aucune fille ne voudra de moi, vivre avec moi, et encore moins désirer un enfant avec moi ! ».

Il faut aussi tenir compte **d'une éventuelle inhibition sexuelle**, quel que soit l'âge de l'adolescent. Dans certains cas la présence d'images ou de revues suggestives à connotation érotique peut aider à dépasser cette inhibition, dans d'autres cas elles peuvent l'accentuer. C'est pourquoi il semble préférable de présenter le recueil comme un acte technique qui s'inscrit dans le protocole thérapeutique, même si les uns et les autres savent bien que cet acte a rapport à la sexualité et à la paternité (deux notions, deux réalités qui ne sont pas équivalentes).

Par contre, il semble que **la préoccupation d'interdits religieux** soit très rare. Les quelques adolescents avec qui nous en avons discuté ont dit : « Si c'est pour une raison médicale, justifiée, la religion n'est pas concernée ».

D'autres raisons peuvent expliquer les réticences à accepter le recueil ou les difficultés à le réaliser, et qui sont en relation à **sa perception des locaux et des soignants des CECOS**, qu'il peut trouver froids ou inadéquats à ses attentes. Mais il faut tenir compte de la difficulté pour l'adolescent à s'adapter à un nouveau lieu et à de nouveaux interlocuteurs, très provisoires, après qu'il ait fait le grand effort, peu auparavant, de s'adapter au service d'oncologie qui l'a pris en charge et qui le suivra pour toute la durée de son traitement. C'est pourquoi la question peut se poser, pour certains, de réaliser le recueil dans le service d'oncologie lui-même, pour éviter autant que possible la multiplication des lieux.

De même la surprise que manifestent certains et les malentendus qui expliquent certaines réticences et qui découlent en partie de **l'ignorance ou de la méconnaissance** pourraient être atténués par du matériel d'information (livrets explicatifs, vidéo, affiches) spécifiquement adapté aux adolescents. Parmi d'autres informations, ils expliqueraient bien la différence entre fertilité, virilité, puissance sexuelle (par rapport à la crainte de l'impuissance), désir, plaisir sexuel, tendresse, parentalité (et les différents moyens qui permettent d'y avoir accès, comme l'adoption). Ce matériel d'information pourrait être disponible en permanence (et pas donné uniquement à l'occasion de la proposition de recueil) dans le service d'onco-hématologie, parmi les autres documents. Il serait ainsi clair qu'il s'agit d'une préoccupation permanente et légitime des soignants, intégrée dans l'ensemble de leurs préoccupations pour que le traitement se déroule dans de bonnes conditions et laisse aussi peu que possible de séquelles.

Si le prélèvement échoue, il importe de rassurer l'adolescent sur sa valeur (qu'il ne soit pas culpabilisé, qu'il n'en ait pas honte) et sur son avenir (la possibilité de récupération suffisante d'une fertilité et sa capacité à être un adulte heureux).

A distance du traitement, quand la préoccupation vitale a perdu de son importance, d'autres soucis, d'autres gênes occupent le devant de la scène, en particulier toutes les

séquelles physiques et surtout celles qui sont visibles et qui attirent le regard et les questions, celles qui risquent d'avoir des effets négatifs sur les relations sociales et affectives. De même, la question de la fertilité occupe une place importante dans les préoccupations de l'adolescent devenu jeune adulte, et il peut regretter que sa préservation n'ait pas eu lieu, ou n'ait pas été proposée, ou ne l'ait pas été avec suffisamment de conviction [4,6]. C'est pourquoi il semble justifié de proposer un recueil de sperme à tout adolescent devant recevoir un traitement pour un cancer, dès qu'il est en âge de pouvoir le faire.

S'il a été suffisamment impliqué dans le déroulement du traitement de sa maladie et dans la logique de préservation de sa fertilité il a sans doute mûri, est devenu un adulte responsable et l'épreuve traversée n'a pas laissé de souvenirs traumatiques. Il peut ainsi mieux assumer dans l'après coup ce qui a été fait, qui a réussi ou échoué, et décider plus sereinement de l'utiliser ou pas.

VI. QUELQUES PROPOSITIONS

Il serait souhaitable :

- de développer des études pour mieux comprendre le point de vue des adolescents (dans le contexte actuel de l'adolescence dans notre société et de l'oncologie) sur le recueil de sperme et la préservation de leur fertilité ;
- que les oncologues soient mieux informés de la psychopathologie et de la sexualité des adolescents ; mais aussi qu'ils soient aidés à mieux comprendre leur éventuelle gêne à en discuter avec eux ;
- qu'ils connaissent mieux les CECOS avec lesquels ils collaborent ainsi que les modalités pratiques du recueil de sperme qu'ils mettent en œuvre ; qu'ensemble ils réfléchissent sur le lieu de recueil le plus adapté à tel ou tel adolescent (le CECOS ou le service) ;
- qu'une meilleure coordination se développe entre équipes d'hémo-oncologie, avec la réalisation d'un matériel d'information adapté aux questions des adolescents ;
- d'insister pour que les pères plutôt que les mères discutent avec l'adolescent et l'accompagnent.

REFERENCES

1. BAHADUR G., WHELAN J., RALPH D., HINDMARSH P. : Gaining consent to freeze spermatozoa from adolescents with cancer ; legal, ethical and practical aspects. Hum. Reprod., 2001, 16 : 188-193.
2. GLASER A., WILKEY O., GREENBERG M. : Sperm and ova conservation : existing standards of practice in North America. Med. Ped. Oncol., 2000, 35 : 114-118.
3. OPPENHEIM D. : Grandir avec un cancer. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent. De Boeck, 2003.
4. SCHOVER R.L. : Psychosocial aspects of infertility and decisions about reproduction in young cancer survivors : a review. Med. Ped. Oncol., 1999, 33 : 53-59.
5. SCHOVER L.R., RYBICKI L.A., MARTIN E.A., BRINGELSEN K.A. : Having children after cancer. Cancer, 1999, 86 : 697-709.

6. SCHOVER R.L., BREY K., LICHTIN A., LIPSCHULTZ L.I., JEHA S. : Knowledge and experience regarding cancer, infertility, and sperm banking in younger male survivors. *J. Clin. Oncol.*, 2002, 7 : 1880-1889.

Communication au Colloque de la Fédération des CECOS, Lyon, 18 mars 2004.

Préserver la fertilité des patients soumis à des traitements anti-cancéreux : la cryopréservation des gamètes et du tissu gonadique.

Manuscrit reçu : juin 2004 ; accepté juin 2004.

ABSTRACT

The psycho-oncologist's point of view concerning preservation of fertility in adolescents treated for cancer

**Daniel OPPENHEIM, Laurence BRUGUIERES,
Olivier HARTMANN**

The question of fertility is a major concern for young adults successfully treated for cancer, which is why semen preservation should be proposed to all adolescent boys prior to treatment of a cancer. This proposal is part of the oncologist's approach to prevent sequelae.

To ensure that semen cryopreservation is conducted under good conditions and is accepted by the adolescent, it is important to have a good understanding of the psychopathology and behaviour of adolescents with cancer: their preoccupation with their body, their appearance, their sexuality, their relationships to their peers and to their parents, their value and narcissism, their identity. This helps the clinician to understand and overcome the various reasons for their difficulty (and to lessen the painful feeling of failure) or their reticence to perform semen cryopreservation: paralysed by the diagnosis of cancer, sexual inhibition, lack of understanding and ignorance, pessimism concerning outcome, incapacity to project into the future, poor relationship with parents, discredit of parenthood, fear of transmitting the cancer, etc. A good understanding of these elements can avoid an excessively rapid acceptance of a superficial opposition to this procedure that the patient could subsequently regret.

Closer collaboration should be developed between oncology-haematology departments and CECOS units to provide suitable information material to adolescents, to improve the understanding of the specific psychology of adolescents, and to understand the parents' positions.

Key words : adolescents, onco-hematology, sperm conservation, parenthood, psychology